

Epidemiologie und aktuelle Entwicklungen

Übermäßiger Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit gehören auch in Österreich zu den größten Herausforderungen, mit denen Ärztinnen und Ärzte in der täglichen Praxis konfrontiert sind. Alkohol-assoziierte Krankheitsbilder sind bei Männern die häufigste Ursache für eine stationäre Aufnahme. Aktuellen epidemiologischen Berechnungen zufolge sind fünf Prozent der österreichischen Bevölkerung zwischen 15 und 99 Jahren alkoholabhängig, das entspricht 350.000 Personen; weitere zwölf Prozent konsumieren Alkohol in einem gesundheitsgefährdenden Ausmaß. Die damit verbundene Krankheitslast lässt sich erahnen, angesichts der Tatsache, dass die durchschnittliche Reduktion an Lebenserwartung bei Alkoholsucht etwa 20 Jahre beträgt. Ein erster Hinweis dafür konnte durch die Auswertung der amtlichen Todesursachenstatistik in Deutschland erbracht werden: Demnach beträgt die statistische Lebensverkürzung bei Männern 18 Jahre, bei Frauen 22 Jahre.

In den vergangenen Jahrzehnten ist es beim übermäßigen Alkoholkonsum durch soziokulturelle Veränderungen zu einer deutlichen Zunahme bei Frauen und einer leichten Abnahme bei Männern von früher 9:1 auf derzeit 7:3 bei einer insgesamt gleichbleibenden Gesamtzahl gekommen. Bei Männern ist vergleichsweise ein früherer Beginn des übermäßigen Alkoholkonsums mit einer Manifestation der Abhängigkeitserkrankung ab dem 26. Lebensjahr festzustellen. Bei Frauen setzt mehrheitlich der übermäßige Alkoholkonsum zwar später ein, führt aber wegen der schlechteren körperlichen Verträglichkeit beziehungsweise Vulnerabilität rascher zu negativen Folgen (Teleskop-Effekt). Untersuchungen bei unter 25-jährigen Alkoholabhängigen zeigen aber, dass deutlich mehr Frauen bereits schwere Schädigungen in bio-psycho-sozialer Hinsicht aufweisen. Ursache dafür könnten auch psychiatrische Komorbiditäten sein, die bei alkoholabhängigen Frauen deutlich häufiger bestehen als bei Männern. Bei dieser Hochrisiko-Gruppe könnte erstens eine viel frühere Bahnung in den sogenannten „sekundären Alkoholismus“ erfolgt sein als bei jenen Frauen, die keine primäre psychische Komorbidität aufweisen, und zweitens ein destruktiveres Zusammenwirken der vorhandenen Störungsbilder verantwortlich zeichnen.

Gefährdungsgrenze/High-Risk-Consumption

Bislang war es üblich in Österreich von einer Harmlosigkeitsgrenze bei Alkoholkonsum zu sprechen. Dabei wurde aber die auch schon bei geringer Alkoholmenge bestehende toxische Wirkung von regelmäßigem Konsum unter dieser Grenze ausgeblendet. Heute spricht man daher eher von Low-Risk-

Consumption, die bei Frauen von 1-20g Alkohol geht (20g entspricht circa einem Viertel Wein oder einem großen Bier) und bei Männern von 1-40g Alkohol pro Tag.

Von High-Risk-Consumption spricht man ab täglich 40g Alkohol bei Frauen und ab 60g Alkohol bei Männern. Über dieser Grenze zeigt sich ein um das 25-Fache erhöhtes Risiko für eine Leberzirrhose, bei Low-Risk-Consumption um das Siebenfache. Diese Risikobewertungen beziehen sich dabei ausschließlich auf die somatischen Auswirkungen von regelmäßigem Alkoholkonsum, auf ihre hepatotoxischen, neurotoxischen, atherosklerotischen und kanzerogenen Effekte, nicht jedoch auf die sehr individuellen Auswirkungen auf psychiatrische Zustandsbilder mit verändertem Risikoverhalten.

Wirkung von Alkohol

Schon ab einem Blutalkoholspiegel von 0,5 Promille zeigen sich ZNS-dämpfende Effekte, die vorwiegend über GABA-Agonismus und Glutamat-Antagonismus (Blockade des NMDA-Rezeptors) zustande kommen. Subjektiv kann es im besten Fall zu einer entspannten Euphorie und leichter Enthemmung kommen, die auch von anderen als vermehrte Lockerheit im Kontakt wahrgenommen werden kann und oft zu positiver Verstärkung des Trinkverhaltens in Gesellschaft führt. Darüber hinaus werden Gefahren unterschätzt, eigene Fähigkeiten überschätzt. Bei manchen Personen kommt es durch ein überdurchschnittlich starkes Anspringen des Dopaminsystems zu einer deutlichen Reduktion der Impulskontrolle – auch in Bezug auf die Trinkdynamik (Schalter-um-Effekt) beziehungsweise zu aggressivem Verhalten und zu ungezügelten verbalen Ausritten. Diese individuellen Unterschiede im prädominanten Ansprechen der verschiedenen Neurotransmittersysteme (GABA/Glutamat vs. Dopamin) finden auch in der Auswahl von Anti-Craving-Medikamenten als Teil einer möglichen pharmakologischen Rezidivprophylaxe Ausdruck.

Bis zu 1,2 Promille Blutalkohol sind oft noch äußere Zeichen einer Berausung diskret oder fehlen. Bei einem Alkoholspiegel von 1,3 Promille bis drei Promille ist die Berausung auch äußerlich deutlich sichtbar. Die Bewegungen werden unkoordiniert, die Sprache dysarthrisch und verlangsamt, das Verhalten deutlich verändert. Außerdem sind die Reaktionsfähigkeit und die Aufmerksamkeit massiv herabgesetzt. In dieser Verfassung besteht typischerweise nicht nur ein perzeptiv eingengter „Tunnelblick“, sondern auch ein „emotionaler Tunnel“. Als Beitrag zur Ausblendung von unerwünschten oder überfordernden Emotionen und Gedanken stellt dies oft

Alkohol- abhängigkeit

In Österreich sind rund fünf Prozent der Bevölkerung alkoholabhängig; weitere zwölf Prozent konsumieren Alkohol in einem gesundheitsgefährdenden Ausmaß. Bei Männern stellen Alkohol-assoziierte Erkrankungen die häufigste Ursache für eine stationäre Aufnahme dar.

Michael Musalek und Wolfgang Ferdin*

- » einen Grund für ein „Besäufnis“ dar. Andererseits verstärkt dieser Effekt die Gefährlichkeit der Berauschten, wenn man sich ihnen in diesem Tunnel entgegenstellt – beispielsweise beim „Kampf um die Flasche“ als Angehörige.

Bei über drei Promille Blutalkohol kommt es zur allmählichen oder rasch einsetzenden Lähmung des Nervensystems und in Folge auch der Muskulatur, zum Erlöschen von höheren Hirnfunktionen und zu einem tiefen Schlaf (Somnolenz beziehungsweise Sopor). Ab vier Promille Blutalkohol kann es zum Koma und in weiterer Folge zum Tod kommen.

Risikofaktoren der Alkoholabhängigkeit

Für die Entstehung der Alkoholabhängigkeit ist – ebenso wie für die meisten psychiatrischen Erkrankungen – eine multifaktorielle Genese verantwortlich. Dabei ist aus heutiger Sicht die genetische Disposition (vor allem hinsichtlich der Verträglichkeit von Alkohol: gute Alkoholverträglichkeit animiert zu höherem Konsum!) ebenso bedeutsam wie frühe Prägungen durch süchtiges Verhalten in der Familie (ein alkoholpermissives Milieu fördert regelmäßigen und hochdosierten Alkoholkonsum).

Der psychosoziale Beitrag zur Suchtentwicklung in Familien beziehungsweise in anderen sozialen Systemen mit alkoholabhängigen Mitgliedern wird schon lange mit lerntheoretischen Konzepten (Lernen am Modell) erklärt. Aktuell mehrten sich Hinweise auf traumatische Ursachen infolge von früher Gewalterfahrung und sexuellem Missbrauch, die statistisch auch eher von jenen Familienmitgliedern ausgehen, deren Impulskontrolle und Steuerungsfähigkeit durch Alkohol vermindert ist. Weitere familiäre Faktoren, die ein erhöhtes Risiko in Richtung Alkoholabhängigkeit mit sich bringen, sind: 1) eine auf Dauer bewirkte Bindungsstörung infolge immer wieder durch psychotrope Substanzwirkungen veränderte Interaktionsmodi (Dr. Jekyll und Mr. Hyde-Dynamik) und 2) die Vernachlässigung der Fürsorge durch starke wiederholte Substanzbeeinträchtigung.

Stigmatisierung und Suchtentstehung

Die in alten Lehrbüchern als Risikofaktor auftauchende, angeblich zur Alkoholsucht prädisponierende willensschwache und haltlose Persönlichkeit, ist wissenschaftlich nicht mehr haltbar. Diese Konzeption hat aber wesentlich zur Stigmatisierung der Abhängigkeitserkrankungen beigetragen.

99 Prozent aller Menschen haben Erfahrung mit Alkohol. Die Frage, warum manche weitertrinken, auch wenn sie schon zu viel konsumiert haben oder schon seit einiger Zeit schädliche Folgen davontragen, damit zu beantworten, dass sie dem nur nicht genug Willensanstrengung entgegengesetzt hätten, ignoriert die Erkenntnisse der Suchtforschung. Ohne Zweifel ist eine Suchtentstehung ohne wiederholten Alkoholkonsum nicht möglich. Krankheiten insgesamt und Alkoholkrank-

heit im Besonderen sind aber durch genetische Vulnerabilität sowie auslösende Faktoren im Rahmen des individuellen Lebensvollzuges in ihrer Manifestationswahrscheinlichkeit geprägt. So haben beispielsweise auch Ernährungsgewohnheiten einen Einfluss auf die Manifestationswahrscheinlichkeit von Diabetes mellitus und dieser wieder auf Folgeerkrankungen und Mortalität – und dennoch werden Patienten mit Diabetes mellitus keineswegs so stigmatisiert wie Suchtkranke. Teilweise scheint das Stigma Alkoholkrankheit auch darin begründet zu sein, dass eine Behandlung oft als aussichtslos (in Bezug auf ein völliges Abklingen) angesehen wird und die Krankheit nicht als chronisch-rezidivierend (so wie Diabetes mellitus) verstanden wird.

Woher auch immer die besondere Stigmatisierung der Suchtkranken kommt, es gibt keinen Zweifel daran, dass sie besteht. Der „schlechte Ruf“ von Suchterkrankungen findet sich nicht nur in der Gesellschaft, der sich Alkoholabhängige gegenüberstehen sehen, sondern auch in ihnen selbst als Teil dieser Gesellschaft. Deshalb sind viele so beschämt wegen ihrer Krankheit und bagatellisieren beziehungsweise leugnen sie, so lange sie können. Die Behandlungsquote bei Alkoholkranken beträgt deshalb auch nur circa zehn Prozent, obwohl die Krankheitslast nicht nur für den Betroffenen, sondern auch für die Angehörigen enorm. Die Stigmatisierung wird nicht zuletzt auch daran sichtbar, dass Suchterkrankungen bei sehr vielen medizinischen Studien zu diversen psychiatrischen Thematiken ein Ausschlusskriterium darstellen.

Mit der Frage, in welchen medizinischen Bereichen bei knapper werdenden finanziellen Mitteln der öffentlichen Hand am ehesten gespart werden sollte, wurde am häufigsten die Alkoholabhängigkeit genannt. Die Ergebnisse der Studie wurden kürzlich beim Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. in Berlin präsentiert.

Bei der Alkoholabhängigkeit handelt es sich um eine hochkomplexe psychische Störung, die in einem für psychiatrische Erkrankungen typischen Spannungsfeld aus genetischer und früh geprägter Vulnerabilität sowie psychosozialen auslösenden Einflüssen zustande kommt. Den psychosozialen Suchtentwicklungsprozess erklärt man sich wie folgt: Zuerst dreht eine Person am Rädchen (der Selbstoptimierung oder Selbstbehandlung durch Alkohol) und mit der Zeit wird sie vom Rad gedreht! Der Grund, warum jemand öfter und mehr als landesüblich an diesem Rädchen dreht, besteht vermutlich darin, dass manche Menschen das Drehen am Rädchen subjektiv nötiger zu haben scheinen als andere. Für sie bedeutet es möglicherweise einen großen Unterschied zum Besseren, den Alkoholkonsum gegen das übliche Maß zu eskalieren; vielleicht, weil diese psychoaktive Substanz wie ein Schlüssel ins Schloss der eigenen subjektiv empfundenen Unzulänglichkeiten oder Störungsbilder (psychische Komorbiditäten) zu passen scheint. Daher steht am Anfang jeder Sucht ein funktionaler, für den Betroffenen subjektiv

vordergründig sinnvoller Konsum, der sich jedoch mit der Zeit und im Rahmen der Dauer und Intensität des Konsums zu einer häufig unterschätzten und wegen ihrer Stigmatisierung auch oft bagatellisierten und geleugneten Erkrankung auswächst.

Diagnose

Der neue ICD-11 wurde bereits Anfang 2022 veröffentlicht, ist jedoch bislang nur in Englisch verfügbar. Aus lizenzrechtlichen Gründen ist die deutsche Fassung derzeit – möglicherweise auch noch jahrelang – nicht verfügbar. Die bisher übliche Unterscheidung zwischen „schädlicher Gebrauch“ und „Abhängigkeit“ wurde beibehalten. Für die Diagnose der Alkoholabhängigkeit ergeben sich aber neue interessante Aufschlüsse, die im Rahmen eines State of the Art-Symposium beim Fachkongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. präsentiert wurden; ebenso auch wie die neuen Aspekte der 2021 überarbeiteten S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. Zu diesen Änderungen zählen u.a.:

Im seit dem Jahr 1994 gültigen ICD-10 werden sechs Suchtkriterien definiert, von denen im vergangenen Jahr mindestens drei gleichzeitig vorhanden gewesen sein müssen, um die Diagnose „Abhängigkeitserkrankung“ stellen zu können. Im ICD-11 wurden aus den sechs Einzelkriterien drei Doppelkriterien, von denen im vergangenen Jahr mindestens zwei gleichzeitig vorhanden gewesen sein mussten. Die neu gebildeten und sich thematisch ergänzenden Kriterienpaare erhöhen das Verständnis dessen, was Sucht ausmacht.

Kriterienpaar 1

- 1) Craving: starker Wunsch oder eine Art Drang oder Zwang, eine psychotrope Substanz – in diesem Fall Alkohol – zu konsumieren.
- 2) Kontrollverlust: verminderte Kontrolle über Beginn, Menge und Ende des Konsums von Alkohol.

Bei diesem Doppelkriterium nach ICD-11 geht es um Abhängigkeitskriterien, die sehr stark von den Betroffenen gefühlsmäßig erlebt werden und mit der meso-limbischen Sucht-achse und dem dopaminergen Belohnungssystem erklärt werden können. Aufgrund von im Suchtgedächtnis mittels Dopaminausschüttung bei früherem Alkoholkonsum positiv markierten Triggern kommt es zu einer erneuten Belohnungserwartung, die bei manchen Menschen besonders intensiv ausfallen kann. Diese Dopaminpeaks sind dann ein starker Impuls für neuerlichen Alkoholkonsum. Bei manchen Personen befeuert ein starkes Anspringen des Dopaminsystems, das keine satte Zufriedenheit, sondern eine gespannte Belohnungserwartung vermittelt, Craving, und durch Enthemmung Kontrollverlust.

Kriterienpaar 2

- 3) Schaden: Trotz des Schadens, der durch den bisherigen Alkoholkonsum im bio-psycho-sozialen System entstanden ist, wird weiter getrunken.
- 4) Vernachlässigung anderer Interessen: Für die Beschaffung, den Konsum und die Erholung von den Folgen („Kater“) wird immer mehr Zeit gebraucht und bei immer kleinerem Aktionsradius und verloren gegangener Interessen (Ressourcen zur persönlichen Weiterentwicklung) die Erwartungswelt nur noch auf das kleine „Trostpflaster“ Alkohol gerichtet.

Bei diesem Doppelkriterium ist die Verbindung in den doppelt negativen Auswirkungen auf die weitere Lebensperspektive zu sehen. Die Stressoren (Schäden) nehmen zu; die Ressourcen für ein gedeihliches und freudvolles Leben jenseits des Alkoholsuchtelends nehmen ab.

Kriterienpaar 3

- 5) Toleranzentwicklung: Ohne Dosissteigerung beim Konsum von Alkohol kann der gewünschte psychotrope Effekt nicht mehr erzielt werden. Dabei spielen Rezeptor-Downregulationen, Alkoholabbau-Trainingseffekte der Leber (MEOS-System) sowie Veränderungen der Blut-Hirnschranke wesentliche Rollen.
- 6) Entzugssyndrom: Ein körperliches Entzugssyndrom mit Tremor, Hyperhidrose, innerer Unruhe, morgendlicher Übelkeit bis hin zum Erbrechen („early morning problems“) tritt meist bei regelmäßigem beziehungsweise täglichem hochdosierten Konsum auf. Es ist geprägt durch die rasche Linderung bei neuerlichem Alkoholkonsum (trotz eventuell bestehenden Widerwillens).

Dieses Doppelkriterium befördert die Chronifizierung und Verschlimmerung der Alkoholabhängigkeit.

Früherkennung

Alkoholbezogene Störungen sind häufig, werden oft unterdiagnostiziert und verursachen hohe Behandlungskosten. Im Sinn einer frühzeitigen Diagnose und Therapie der tatsächlichen Ursache (Alkoholabhängigkeit) und um Folgeerkrankungen zu vermeiden, sind sowohl direkte Verfahren mittels Fragebögen (zum Beispiel CAGE oder AUDIT-C-Screeningtest) als auch indirekte Verfahren mittels Biomarker von gewisser Bedeutung. Die traditionellen Biomarker wie GGT (Gamma-Glutamyl-Transferase), MCV (mittleres Erythrozyten-Einzelzellvolumen) und CDT (Carbohydrate Deficient Transferrin) haben den Vorteil der Praktikabilität und relativ geringer Kosten. Bis auf CDT sind sie auch Teil der Standard-Laborwerterhebung und deshalb durchaus geeignete Instrumente im Sinn eines frühen Verdachtes auf Alkoholabhängigkeit. Dennoch fehlt für die Früherkennung die Spezifität, da es Limitierungen durch andere Einflüsse wie Alter, Geschlecht, Medikamente und andere Krankheiten gibt. »

- » Besonders wichtig ist der direkte anamnestische Zugang. Standardisierte Screeningtests wie der AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) oder CAGE (Cut down Annoyed Guilty Eye-Opener) fördern Selbstaussagen von Betroffenen und bieten einen noch sensitiveren Zugang, wenn sie in empathischer und wertschätzender Vorgangsweise erfolgen. Bei einer eher anklagenden Atmosphäre ist mit Sucht-typischen Abwehrmechanismen zu rechnen, die das Ergebnis verfälschen. In Zusammenschau von indirekten Hinweisen durch Biomarker und direkten Hinweisen in anamnestischen Screeningtests ist zwar noch keine Diagnose möglich beziehungsweise erlaubt. Damit ist aber zumindest eine gute Basis für Interventionen in Richtung einer kritischen Reflexion des bestehenden Konsummusters und darüber hinaus für eine Motivation gelegt, eine professionelle Behandlung (ambulant oder stationär) in Anspruch zu nehmen.

Therapie

Der erste Schritt bei der Behandlung stellt die Förderung der Motivation in Richtung Verhaltensänderung dar. Beispielsweise können Hinweise aus Früherkennungsverfahren zu einer Ermutigung Anlass geben, sich als Betroffener kritisch mit dem eigenen Alkoholkonsum auseinanderzusetzen. Ist die persönliche Bilanz des Alkoholkonsummusters negativ, können niederschwellige Behandlungsangebote – sowohl ambulant als auch stationär – im Zusammenwirken mit subjektiv attraktiven Therapiezielen einen Anstoß für die Behandlung geben. Die früher in Therapiekonzepten ultimativ geforderte lebenslange Abstinenz stellt zwar eine Idealnorm bei der Bannung der Abhängigkeits-erkrankung dar und ist für manche Betroffene auch nach wie vor die unkompliziertere und nachhaltigere Variante, für nicht wenige aber außerhalb ihrer Vorstellung.

Der zweite Schritt besteht darin, die Behandlungsoptionen auf Basis des Schweregrades, der individuellen Motivationslage und auch der subjektiven Therapieziele zum gegebenen Zeitpunkt festzulegen. In Studien konnte gezeigt werden, dass es weniger darauf ankommt, mit welchem Therapieziel man die Behandlung startet, sondern vielmehr darauf, dass ein gutes Vertrauensverhältnis zu den behandelnden Personen und damit auch Behandlungskontinuität vorhanden ist, im Rahmen derer die gemachten Erfahrungen kritisch reflektiert werden können. Nach einem Alkohol-assoziierten Tiefpunkterlebnis kann beispielsweise ein Abstinenzziel nach dem Motto „So kann es nicht weitergehen!“ bestehen, das aber mit der Zeit wegen wiederholter Rezidive und entsprechenden Enttäuschungen in Richtung des neuen Therapieziels eines moderaten Trinkens geändert wird und dadurch wieder mehr motivationale Kraft des nun zumindest teilweisen Gegenhaltens gewinnt. Umgekehrt schwenkt auch ein Viertel derer, die sich das Konzept des „Kontrollierten Trinkens“ vorgenommen hat, in Richtung Abstinenz als Therapieziel um.

Entzugsbehandlung

Prinzipiell kann die Behandlung ambulant oder stationär erfolgen. Nur bei einem Teil der Betroffenen mit dem Therapieziel Abstinenz ist auch eine psychopharmakologisch unterstützte Entzugsbehandlung erforderlich. Dabei geht es um die Verminderung von Entzugssymptomen durch Benzodiazepine, die eine exzitatorische Übererregung, die neurotoxisch ist, verhindern können. Weiters ist das Vermeiden von gefährlichen Entzugskomplikationen wie einem epileptischen Anfall oder Delirium tremens von großer Bedeutung. Im ambulanten Setting haben sich dafür Substanzen mit einer mittleren Halbwertszeit ohne aktive Metaboliten wie Oxazepam oder Lorazepam bewährt.

Eine stationäre Behandlung, die abstinenzorientiert ist, beginnt bei einer bestehenden Entzugssymptomatik mit Benzodiazepinen, wobei jene mit einer langen Halbwertszeit wie etwa Diazepam oder Nitrazepam wegen des Kumulationsrisikos eher zu meiden sind. Zusätzlich ist die Gabe von Vitamin B1 (Thiamin) dringend zu empfehlen, um eine Wernicke-Enzephalopathie und ein Korsakow-Syndrom zu vermeiden. Antiepileptika beziehungsweise Anfalls-Suppressiva wie etwa Levetiracetam können in begründeten Fällen zusätzlich zu Benzodiazepinen zum Einsatz kommen.

Eine stationäre Entzugsbehandlung ist bei folgenden Konstellationen vorrangig anzustreben: Bei schwerer körperlicher Abhängigkeit mit hoher täglicher Trinkmenge, anamnestisch erwartbaren schweren Entzugssymptomen oder einem erhöhten Risiko für schwere Entzugskomplikationen wie bei Epilepsie. Ebenso stellen körperliche Erkrankungen, die zumindest ein engmaschiges Monitoring im Entzug erfordern oder eine als Alternative zu bereits vorherigen frustrierten ambulanten Entzugsversuchen sein sollen, eine Indikation für eine stationäre Behandlung dar.

Diese ist besonders dann häufig der Fall, wenn ungelöste psychosoziale Probleme massiv demotivierend einwirken oder das Umfeld stark alkoholpermissiv ist. Bei schwerwiegenden psychischen Komorbiditäten ist nicht nur die Minimierung von Spiegelschwankungen des Entzugsmittels (steady state) besonders wichtig, sondern auch deren gleichzeitige Behandlung mit Psychopharmaka. Auch bei einer zusätzlichen komorbiden Abhängigkeitserkrankung (zum Beispiel Benzodiazepine oder Z-Substanzen) ist dies zu berücksichtigen. Dies beeinflusst die Wahl des Benzodiazepins (Diazepam oder Nitrazepam) und die Dauer der Behandlung, die dann deutlich vom Standard vier bis 14 Tage abweichen kann.

Ein Alkoholentzug allein ist jedoch keine ausreichende Therapie einer Alkoholabhängigkeit. Ein kurzer positiver Effekt im Sinne einer Rebalancierung der Rezeptorsysteme führt ohne gute Motivationsarbeit bezüglich weiterführender Behandlungen

der chronisch rezidivierenden Erkrankung nahezu immer zu einem baldigen Rückfall. Ein niederschwelliger Zugang zu einer „qualifizierten Entzugsbehandlung“, die eine professionelle Entgiftungsbehandlung mit intensiver Motivationsförderung zur Verhaltensänderung verbindet, ist entscheidend. Die wichtigste Aktualisierung in der 2021 aktualisierten S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ besteht darin, herauszustreichen, dass unmittelbar nach einer Entzugsbehandlung eine suchtmittelmedizinische Weiterbehandlung notwendig ist. Dafür können stationäre Angebote in Spezialabteilungen für Suchtkranke in Allgemeinkrankenhäusern oder in spezialisierten Suchtkliniken, in die Patienten dann unmittelbar zur Weiterbehandlung aus Allgemeinkrankenhäusern transferiert werden, in Anspruch genommen werden.

Ressourcen-orientierte Behandlung

Erst mit der Erreichung der Abstinenz lassen sich psychische Komorbiditäten wie Depression, Angststörung, Traumafolge-Störung, Borderline-Persönlichkeitsstörung oder adulte ADHS zielführend behandeln. Umgekehrt dient deren erfolgreiche psychiatrische Behandlung auch der Aufrechterhaltung der Abstinenz beziehungsweise der psychischen Stabilität. Im Rahmen einer Ressourcen-orientierten stationären Behandlung können Spielräume zur Verfügung gestellt werden, die von einer geschützten und öffnenden Atmosphäre geprägt sind, in denen die Betroffenen neue Schwerpunkte in ihrem Leben entwickeln können. Mit der Ausrichtung auf ein wieder schönes und freudvolles Leben wird es möglich, jene individuelle Stärke zu erlangen, die notwendig ist, um den Stellenwert des Alkohols im Alltagserleben sukzessive zu minimieren. Wenn es gelingt, zumindest einige der in der Sucht vernachlässigten Interessen wiederzuentdecken und aus der neu gewonnenen gesünderen Mitte mehr Selbstsicherheit zu entwickeln, wird den Suchtkranken ein autonomes und freudvolles Leben ermöglicht, in dem Alkohol idealerweise als potentieller Störfaktor des neu gestalteten Lebens erlebt wird.

Rezidivprophylaxe

Für die pharmakologische Unterstützung des Therapieziels Abstinenz stehen heute mehrere Optionen zur Verfügung. Seit den 1950er Jahren gibt es die Möglichkeit der Aversiv-Behandlung mit Disulfiram, das den Abbau von Alkohol durch irreversible Hemmung des Enzyms für den giftigsten Alkoholmetabolit (Acetaldehyd) arretiert. Damit potenzieren sich die toxischen Effekte wie Übelkeit, Kopfschmerzen, Erythem und Herz-Kreislaufstörungen, sodass auch ein letaler Ausgang möglich ist – abhängig von der Alkoholmenge. Auf eine kurze Euphorie, damit die Sucht endlich besiegt geglaubt zu haben, folgte aufgrund der nicht unerheblichen Gefahrenmomente eine eher ablehnende Haltung dieser Therapieform gegenüber. Erst im vergangenen Jahrzehnt kam sie wieder vermehrt zum Einsatz; allerdings nur noch in einer sehr eingeschränkten Indikation. Vor allem Men-

schen, für die Abstinenz ein sehr klares Therapieziel darstellt, das durch Impulsivität und Craving aber immer wieder stark unter Druck gerät und die aber auch Angst vor den Folgen eines Rückfalls unter Disulfiram haben, kann es im Rahmen einer engmaschigen ambulanten Behandlung additiv zu psychotherapeutischen Maßnahmen von Nutzen sein.

Seit den 1990er Jahren sind auch sogenannte „Anti-Cravingmittel“ erhältlich, mit Hilfe derer die Intensität von Craving zumindest reduziert werden kann. Dabei empfiehlt es sich, zwischen zwei Cravingtypen zu unterscheiden. Dem „Reward-(Belohnungs)-Craving“ kann durch den Opioidrezeptor-Antagonisten Naltrexon, der ein starkes Anspringen des Dopamin-Belohnungssystems durch Alkoholeinnahme bremsen und entkoppeln kann, wirksam begegnet werden. Das „Relief-(Entspannungs)-Craving“ kann eher durch den Glutamat-Modulator Acamprosat zielführend minimiert werden, womit auch signifikante Verbesserungen bezüglich Abstinenzhaltung erreicht werden können. Beide Substanzen sollten bei guter Verträglichkeit mindestens drei Monate im Rahmen einer ambulanten Nachbehandlung verabreicht werden.

Zusammenfassung

Die Alkoholkrankheit ist sowohl hinsichtlich der Konstellationen, die sie bedingen, als auch im Hinblick auf ihre Verlaufsdynamik ein hochkomplexes Geschehen, dessen Behandlung ebenso komplexe pharmako-, sozio- und psychotherapeutische Maßnahmen erfordert. Der Früherkennung kommt dabei ein besonders hoher Stellenwert zu: Je früher die Behandlung beginnt, umso besser ist die Prognose. Sobald schädliche Auswirkungen des Alkoholkonsums sichtbar werden, sollte man das Alkoholproblem bei der betreffenden Person ansprechen – und zwar alle Ärztinnen und Ärzte, nicht nur jene für Psychiatrie. Mit dem Betroffenen sollte dessen Alkoholkonsum und dessen Auswirkungen kritisch reflektiert werden und er zu einer Verhaltensänderung motiviert werden. Um die noch immer geringe Behandlungsquote zu erhöhen, ist vor allem ein niederschwelliger und unkomplizierter Zugang zu einer Behandlungseinrichtung erforderlich. Dort sollten den Suchtkranken nicht nur Defizienz-orientierte Therapien hinsichtlich ihrer Suchterkrankung und deren multiplen Komorbiditäten angeboten werden, sondern im Rahmen einer Ressourcen-orientierten Behandlung auch Möglichkeiten eröffnet werden, wieder selbst die Gestaltung eines selbstbestimmten und freudvollen Lebens in die Hand zu nehmen. ☉

Literatur bei den Verfassern

**) Univ. Prof. Dr. Michael Musalek, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, 1070 Wien;
Dr. Wolfgang Ferdin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, 1130 Wien
Korrespondenzadresse: michael.musalek@sfu.ac.at*